

# Anmeldeformular

Fax: (040) 73 34 05-76



Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_ Fachbezeichnung \_\_\_\_\_

## Rechnungsanschrift

Praxis \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Für folgende/n Fortbildungskurs/e melde ich mich hiermit verbindlich an:

Kurs-Nummer	Termin	Referent	Gebühr

Hiermit (Bitte Haken im Feld links setzen.) akzeptiere ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen für Fortbildungsveranstaltungen der Zahnärztekammer Hamburg:  
<http://kurzelinks.de/bfw8>

Bitte überweisen Sie die Teilnahmegebühr erst nach Erhalt der Rechnung, die wir Ihnen mit der Teilnahmebestätigung zusenden.

Unterschrift/Stempel/Datum